FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891 — **THÈSE** N° — 20

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Mai 1891, à une heure

PAR

Georges LASVÈNES
Né à Lauzerte (Tarn-et-Garonne),

DE LA

MALADIE DE BASEDOW

DÉVELOPPÉE SUR UN GOITRE ANCIEN

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur.*

Juges : MM. BOUCHARD, *professeur.* CHANTEMESSE, LETULLE, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15
1891

20 (2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Mai 1891, à une heure

PAR

Georges LASVÈNES
Né à Lauzerte (Tarn-et-Garonne),

DE LA

MALADIE DE BASEDOW

DÉVELOPPÉE SUR UN GOITRE ANCIEN

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur.*

Juges : MM.
BOUCHARD, *professeur.*
CHANTEMESSE, LETULLE, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15
1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	**MM.**
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	REYNIER.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RICARD.	
FAUCONNIER.	NELATON.		

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LABOULBÈNE

Membre de l'Académie de médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX

DE LA

MALADIE DE BASEDOW

DÉVELOPPÉE SUR UN ANCIEN GOITRE

INTRODUCTION

Dans nos visites à l'hôpital Saint-Antoine, notre attention fut attirée par M. Brissaud sur le goître exophthalmique, greffé pour ainsi dire sur un goître ancien.

Une malade de son service fera le sujet d'une observation que nous relaterons dans le courant de notre modeste travail.

M. Lamy, interne à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Gingeot, nous présenta un malade qui, porteur d'un goître volumineux depuis 25 ans, avait depuis 8 mois seulement des symptômes frappants de la maladie de Basedow.

Nous donnerons l'histoire détaillée de ce malade mort dans le service. Enfin M. Brissaud, en nous communiquant une observation personnelle, nous décida à grou-

per ces quelques faits qui nous ont paru intéressants au point de vue clinique et pathogénique.

Car si tout le monde paraît d'accord au point de vue de la triade symptomatique de cette affection, on ne saurait en dire autant de sa pathogénie.

Y a-t-il ici une simple coïncidence ou bien doit-on penser à une nouvelle cause morbide. Quoi qu'il en soit, la question n'étant pas jugée, le fait clinique nous a paru digne d'être mentionné. Nous n'avons pas la prétention de trancher la question, le temps nous manquant pour la conduire à bonne fin ; nous espérons néanmoins que de plus expérimentés que nous combleront cette lacune.

Nous avons la conviction intime qu'il existe une corrélation intime entre les deux affections, et que, peut-être, mieux étudiées, mieux observées, les deux maladies en bénéficieront au double point de vue de la clinique et de la pathogénie.

Nous ne dirons que quelques mots du goître ordinaire, nous réservant de nous étendre davantage sur le goître exophthalmique. Nous étudierons les principaux phénomènes nerveux et cardiaques de la maladie de Basedow pour les comparer à ceux qui font le sujet de nos observations.

Avant d'aborder notre sujet de plein pied, qu'il nous soit permis de remercier M. le docteur Brissaud de la bienveillance avec laquelle il a bien voulu nous accueillir dans son service. Nous adressons nos meilleurs remercîments à notre ami le docteur Letulle, qui, dans le courant de nos dernières études, a bien voulu nous faciliter

notre tâche en nous aidant de ses conseils éclairés. Nous prions M. Lamy, interne de M. Gingeot, de prendre pour lui une bonne part de notre reconnaissance.

SYMPTOMATOLOGIE

De la symptomatologie très complexe de la maladie de Basedow nous ne retiendrons que les accidents nerveux qui peuvent influencer l'organisme à des degrés divers. Les accidents nerveux, en effet, sont ceux qui attirent le plus particulièrement l'attention du médecin. Les malades sont irritables, irascibles, d'humeur changeante et fantasque. D'un naturel gai et enjoué, ils deviennent moroses et taciturnes, dès que la maladie fait son apparition. Tantôt réservés, tantôt expansifs, on les voit parcourir le cycle inverse de leur caractère primitif. Une insomnie constante vient compliquer toutes ces dispositions nerveuses. Les cauchemars, les hallucinations s'ajoutent à la scène au point que certains malades en arrivent à de véritables accès de manie.

En général les troubles cérébraux n'ont pas de graves conséquences, cependant Trousseau, Geigel et Marrel Makenzie ont noté des cas de folie passagère dans le cours de la maladie de Graves.

A part les troubles psychiques de la maladie de Basedow on rencontre aussi des désordres nerveux périphériques; excitation d'un côté, paralysie partielle de l'autre. On a noté des cas d'épilepsie; Delasiauve raconte l'his-

toire d'une malade qui présentait de temps en temps des attaques du mal comitial.

Ce sont là, croyons-nous, de pures coïncidences mais dont il faut cependant tenir compte.

Le tremblement s'observe dans la maladie de Basedow et persiste souvent pendant toute la durée de la maladie. Nous avons pu le constater chez les malades de la deuxième et la troisième de nos observations. On rencontre fréquemment des troubles de la vision ; Desmarres à l'examen d'une malade trouve de la congestion choroïdienne. Nous avons suivi assidument pendant quatre ans la clinique ophthalmologique du Dr Fano, soit comme élève, soit comme chef de clinique. Il nous a été donné d'observer trois malades atteintes de goître exophthalmique, nous devons dire que le résultat de l'examen ophthalmologique fut toujours négatif. Une des trois malades paraissait présenter une légère dégénérescence grise de la papille gauche mais l'acuité visuelle était la même pour les deux yeux.

Il est rare que les troubles sécrétoires et vaso-moteurs fassent défaut dans la maladie de Basedow, aussi voit-on souvent de la diapharèse de la polyurie et enfin des diarrhées que rien ne saurait expliquer si ces phénomènes n'étaient pas sous la dépendance du système nerveux. Les observations I et III nous fournissent un exemple frappant à cet égard. Le malade de l'observation 3 conserva sa diarrhée jusqu'à la mort. Quant à Me C..., (obs. I) sa diarrhée était d'une telle tenacité qu'aucune médication ne put l'enrayer.

L'albuminerie très fréquente, d'après Begbie, serait sujette à des ocillations et pourrait même complètement disparaître dans certains cas, malgré la persistancede la maladie de Graves.

Que dire de certains troubles de calorification que présentent certains malades comme notre première observation nous en fournit un exemple?

Evidemment ce sont des troubles vaso-moteurs au même titre que la tache cérébrale signalée par M. Peter. La malade de M. Brissaud se plaint constamment d'avoir trop chaud, et au plus fort de l'hiver dernier elle pouvait à peine supporter un seul drap pendant la nuit. Cette sensation exagérée de chaleur n'est pas en rapport avec la température du corps qui atteint tout au plus 37°.

Parmi tant de causes diverses qui contribuent à l'éclosion de la maladie de Basedow, il ne nous répugne nullement d'admettre que l'existence d'un goître ancien puisse aider puissamment à son développement.

L'appareil digestif se ressent aussi de l'influence fâcheuse de la maladie de Basedow. De fortes crises gastralgiques empêchent les fonctions régulières de l'estomac; les malades deviennent dyspeptiques. L'appétit suit les caprices du caractère.

Tantôt on voit apparaître un dégoût marqué pour tous les aliments, tantôt la boulimie s'installe à la place du dégoût, au point que certains malades mangent avec voracité les mets les plus grossiers et très mal accommodés comme nous le voyons chez la malade dont nous avons parlé plus haut (obs. I).

Les sécrétions biliaires n'échappent pas à l'influence de la maladie de Basedow (Guyon, Dumoutpallier, Lutau). Plusieurs publications faites, surtout en Angleterre, nous montrent la maladie débutant par l'ictère (James Begbie).

Les troubles respiratoires sont souvent nuls. Quelquefois graves et alarmants. Ici l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal, là on entend très nettement des râles sibilants et ronflants au moment des accès. Quelques instants suffisent pour que tout rentre dans l'ordre si les manifestations nerveuses ne sont pas trop accusées.

Les fonctions génitales sont profondément troublées. D'un côté nous voyons l'exaltation des sens génésiques, de l'autre l'impuissance. Les règles sont généralement suspendues. Les désordres utérins se traduisent par de la leucorrhée, des douleurs lombaires et abdominales. M. Charcot le premier a montré l'heureuse influence de la grossesse dans le cours de la maladie.

Mentionnons enfin tantôt l'atrophie, tantôt l'hypertrophie des mamelles.

Tels sont esquissés à grands traits les principaux symptômes nerveux et viscéraux de la maladie de Basedow. Il est bien évident que tous ces symptômes ne sauraient se présenter avec un ordre parfait, aussi Trousseau dans ses admirables leçons a-t-il pris soin d'attirer l'attention sur ce qu'il appelait les cas frustres. La triade symptomatique peut faire défaut dans un de ses facteurs et la maladie n'en être pas moins constituée. Si on peut toujours constater une excitabilité cardiaque dans la maladie de

Basedow, on ne saurait en dire autant des autres symptômes de la triade classique. Aussi on voit souvent le goître faire défaut pendant qu'on peut constater l'exorbitisme et vice versa.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la maladie de Basedow a donné lieu à beaucoup d'interprétations ; pour les uns, c'est une véritable entité morbide, pour d'autres, ce ne sont que des accidents particuliers qui sont le résultat d'une cause générale (Stokes). Pour cet auteur, il s'agit d'une névrose cardiaque qui, par ses troubles circulatoires, engendre la congestion et, par suite, le goître et l'exophthalmie. Begbie ne voyait dans cette affection qu'une manifestation d'un état général : l'anémie. Bouillaud, Hiffelsheim, Hervieux et Beau partageaient cette manière de voir. Sans discuter ici la valeur de cette théorie, on peut se demander, avec raison, croyons-nous, pourquoi la maladie de Basedow n'éclate pas plus souvent dans la chlorose, alors qu'on la rencontre chez des sujets forts et vigoureux.

Kœben, le premier, croit à une lésion du grand sympathique. La compression de ce nerf serait la cause de l'exophthalmie. Après les mémorables expériences de Claude Bernard sur le grand sympathique et les nerfs vaso-moteurs, Graefe et Charcot y virent aussi une affection du grand sympathique. Trousseau ayant trouvé une altération du ganglion inférieur, donna à cette théorie le poids de toute son autorité. Piorry admettait la com-

pression du grand sympathique et Friedreich la paralysie : cette dernière amènerait la dilatation des vaisseaux du cœur ; l'excitation des fibres cardiaques serait la cause du goître et de l'exophthalmie! Vulpian croyait à une lésion du nerf vague et M. G. Sée se range à cette opinion. Enfin, Filehne, après avoir sectionné les corps restiformes de jeunes lapins aurait reproduit la triade symptomatique.

Quant à la tachycardie, elle peut relever soit d'une excitation du grand sympathique, soit d'une parésie ou d'une paralysie du pneumo-gastrique. En ce qui concerne le pneumo-gastrique, la théorie trouve sa vérification dans les faits cliniques apportés par MM. Ballet et Merklen, qui ont observé jusqu'à 150 pulsations par minute chez des malades atteints d'adénopathie trachéo-bronchique. Mais que dire des autres signes, sinon qu'ils restent inexpliqués.

Après les expériences et les dissertations de maîtres si compétents, il nous serait bien difficile de nous prononcer, aussi préférons-nous rester sur le terrain purement clinique.

ÉTIOLOGIE

Dès la première apparition de la maladie de Basedow il fallait bien, comme pour toutes les autres maladies, trouver une cause capable de l'expliquer, aussi les auteurs ont-il souvent rendu responsables toutes les maladies concomittantes.

Nous nous contenterons d'énumérer les causes qui ont été le plus souvent invoquées : l'âge, le sexe, les diverses névroses et, enfin, l'hérédité.

D'une manière générale, on observe bien plus souvent la maladie de Graves chez les femmes que chez les hommes, et chez ces dernières rarement après 40 ans, c'est-à-dire aux approches de la ménopause. Des statistiques appuient cette manière de voir (Withuisen sur 50 cas donne une proportion de 42 femmes pour 8 hommes). Depuis que nous savons que l'hystérie n'est pas le privilège exclusif de la femme, peut-être le nombre des hommes s'accroîtra-t-il dans les futures statistiques.

Sur nos trois observations, nous trouvons un homme de 69 ans, une femme de 58 et enfin une autre femme de 35 ans, mais dont le goître exophthalmique remonte à l'âge de 25 ans. Nous devons dire, toutefois, que c'est entre 25 et 40 ans que se montre plus communément la

maladie de Basedow. Cependant, Fischer cite une femme de 55 ans atteinte de goître exophthalmique et Stokes une autre femme âgée de 60 ans. Cet auteur prétend qu'on ne rencontre jamais la maladie de Graves avant la puberté et très rarement au-dessous de 20 ans. Il faut cependant n'accepter qu'en partie le dire de Stokes, car nous trouvons dans la clinique de Trousseau l'histoire d'un jeune homme de 14 ans atteint de goître exophthalmique et qui, deux ans auparavant, était très douloureusement impressionné par les bains de mer, indice d'un état nerveux d'une grande susceptibilité.

Certaines névroses, au dire de quelques auteurs, engendreraient la maladie de Graves. L'anémie, la chlorose, les affections utérines, l'aliénation mentale joueraient un rôle prépondérant, sinon exclusif. Il serait, peut-être, plus vrai de dire qu'avec de telles affections on se trouve en présence d'un terrain bien préparé pour faciliter l'éclosion d'une nouvelle névrose.

L'hystérie, pour Graves, était le facteur principal. Il est certain qu'on rencontre fréquemment les symptômes types de l'hystérie dans le goître exophthalmique, mais on ne saurait admettre qu'elle en est la cause directe, car on rencontre souvent des personnes atteintes de la maladie de Basedow et qui ne sont nullement hystériques. L'hystérie l'accompagne souvent, mais elle n'est ni constante ni nécessaire. On ne saurait cependant passer sous silence la remarquable observation de M. Pingrueber, qui plaide en faveur de l'hystérie dans la maladie de Graves. Il s'agit d'une maladie qui, atteinte de goître

exophthalmique, réclame l'intervention chirurgicale avec d'autant plus d'insistance, qu'un sien voisin opéré d'un goître endémique paraît radicalement guéri. On se rend en apparence à ses désirs, aussi lui donne-t-on une légère dose de chloroforme, après avoir préalablement fait étalage d'un luxe inusité d'instruments ; on procède ensuite en grande cérémonie au pansement qu'on enlève huit jours après et... le goître ne laissait plus aucune trace. La guérison complète persistait encore 2 mois après. A-t-il fait une nouvelle apparition depuis ? C'est ce que nous ignorons. On le voit, la suggestion, dans ce cas, avait pris la place du chirurgien et avec un succès au moins égal.

Après la lecture de la remarquable thèse d'agrégation de M. Déjerine, nous avons acquis la conviction que l'hérédité joue un plus grand rôle dans l'affection qui nous occupe qu'on ne l'avait pensé jusqu'alors. M. Rendu, il est vrai, lui donne une large place dans son savant article du *Dictionnaire des sciences médicales*. M. Marie, dans sa thèse inaugurale, M. Ballet, dans ses publications et dans son cours de 1888, l'ont chacun défendue avec le talent qui les distingue.

Le cadre de notre modeste étude ne nous permet pas de dresser ici une statistique de l'hérédité sous ses diverses formes. Il nous suffirait d'emprunter les tableaux si bien faits par M. Déjerine, ce qui nous entraînerait loin de notre sujet; aussi nous contentons-nous de signaler les auteurs qui s'en sont spécialement occupés dans ces derniers temps. Du reste, le goître exophthalmique étant une névrose, doit, ce nous semble, bénéfi-

cier de l'hérédité au même titre que toutes les affections nerveuses.

Passons maintenant au goître sporadique et endémique que nous allons envisager au point de vue de l'hérédité. Ici les manifestations héréditaires sont encore plus frappantes; Friedreich rapporte l'observation d'un père de famille atteint, lui et ses 5 enfants, d'hypertrophie du côté droit de la glande thyroïde dans un pays où le goître n'était pas endémique. Rayer cite un étalon goîtreux dont tous les produits étaient atteints de la même affection. Geddis aurait observé une brebis qu'on fut obligé d'abattre parce que tous ses agneaux étaient comme elle, porteurs de goîtres volumineux (Krishaber, *In Dict. des sciences médicales,* p. 517).

Disons maintenant quelques mots du goître sporadique et des complications qu'il peut produire dans certains cas.

Gosse et Foville s'expriment ainsi à ce sujet (*Ann. d'hyg. publiq. et de méd. lég.*, T. XIV, 2e série, p. 214) : « Les causes morales exercent par effet reflexe une action paralysante sur les nerfs vaso-moteurs des vaisseaux capillaires de la glande thyroïde, et l'état prolongé de distension de ces vaisseaux entraîne à son tour l'hypertrophie des tissus connectif et glandulaire, ce qui, à la longue, constitue le goître. » Or, nous savons que cette théorie vaso-motrice a été invoquée par nombre d'auteurs pour expliquer le goître exophthalmique.

Un goître existant, envisageons quelques-unes des complications qu'il peut engendrer. Les désordres, par exem-

ple, provoqués par la compression, varient suivant les organes intéressés ; c'est ainsi que la compression des carotides produit parfois des troubles anémiques du côté du cerveau.

S'agit-il des jugulaires, la face devient violacée, vultueuse et le malade accuse de la céphalalgie et une tendance au sommeil. La compression des nerfs est moins fréquente, sauf pour les récurrents qui accusent leur gêne par une raucité particulière de la soif, comme chez le malade qui fait le sujet de notre troisième observation. Il y a douleur et engourdissement du bras si le plexus brachial est comprimé. Persons (*Med. Times and Gazette*, 27 déc. 1882) rapporte le cas d'une paralysie motrice et sensitive du bras gauche chez une jeune fille qui fut guérie par l'ablation de la tumeur thyroïdienne. La compression du phrénique, d'après Bonnet (Acad. des Sciences, 1855), peut rétracter le ventre et paralyser le diaphragme. Enfin, la compression du sympathique peut donner lieu à l'inégalité des pupilles et à l'exophthalmie.

Du côté de l'œsophage, les troubles provoqués par la compression ne sont pas moins graves : la dysphagie, la dyspepsie, tous désordres entravant gravement les fonctions de l'estomac. Si la trachée est intéressée, les complications sont quelquefois assez redoutables pour entraîner la mort.

Evidemment, ce sont toujours des goîtres spéciaux, volumineux, qui provoquent de si graves désordres; mais ne se peut-il pas que des goîtres simples, ou tout au

moins plus discrets et installés de longue date, puissent donner lieu aux manifestations cliniques que nous relatons dans nos observations, c'est-à-dire contribuer pour une bonne part à la formation du goître exophthalmique?

Observation I

Communiquée par M. le docteur Brissaud.
Goître datant de l'adolescence. — Maladie de Basedow survenue à l'âge de 25 ans.

Mme C..., âgée de 35 ans, mariée à 20 ans, accouchée à 21 ans d'un enfant actuellement vivant, malingre et scrofuleux. Pas de fausses couches. Pas de maladies antérieures, menstruation toujours très régulière, pas d'antécédents morbides dans la famille, du moins à la connaissance de la malade, mais ses renseignements sont insuffisants.

Née à Paris, de parents parisiens, elle ne sait pas s'il y a eu dans sa famille paternelle ou maternelle des personnes atteintes de goître. A l'âge de 12 ans, elle s'aperçut que son cou devenait plus gros et qu'elle était gênée dans ses collerettes ; elle n'avait pas de glandes au cou, mais on la traita immédiatement comme une scrofuleuse, on lui fit prendre de l'huile de foie de morue à hautes doses, on l'envoya aux bains de mer et on lui fit sur la partie antérieure du cou des applications de teinture d'iode. L'augmentation du volume du cou fut bientôt reconnue pour un goître. Celui-ci se développa très rapidement dans les parties inférieures du corps thyroïde où il prit une forme bilobée, chaque moitié ayant le volume d'une grosse noix. Peu de temps après son apparition, la peau devint, à un certain moment, rouge, tendue,

luisante. Un médecin consulté alors pensa que la tumeur allait suppurer ; mais n'osant pas intervenir franchement et ne prenant avis que de lui-même, eut la malencontreuse idée d'appliquer sur la tumeur une traînée de pâte de Canquoin. Il n'en résulta rien autre chose qu'une cicatrice transversale, déprimée, légèrement kéloïdique, adhérente dans ses parties profondes et qui entrave actuellement l'exploration.

Aujourd'hui (février 1891) ce goître n'est ni plus ni moins gros qu'il n'était un an après son apparition. Sa consistance est ligneuse, il est indolent, il suit les mouvements d'élévation et d'abaissement dans la déglutition ; la voix est conservée normale, il n'y a jamais eu d'accidents respiratoires spasmodiques d'aucune sorte.

En 1883, Mme C... commença à éprouver des palpitations de cœur en montant les escaliers. Elle remarqua même très peu de temps après que ses pieds étaient gonflés, surtout le soir, elle était souvent essoufflée, surtout la nuit ; elle perdit le sommeil ; chaque fois qu'elle s'endormait elle était prise de cauchemar. Elle déclare qu'à partir de ce moment elle se sentit dans un état nerveux qu'elle n'avait jamais connu auparavant, elle devint susceptible, irritable, irascible même ; le moindre bruit la mettait hors d'elle. Un objet tombant à terre la faisait tressaillir, elle se sentit peu à peu devenir toute tremblante, comme si elle grelottait de froid, et cependant elle dit avoir toujours trop chaud. Cette sensation de chaleur permanente n'a cessé de subsister depuis le début de la maladie.

Encore actuellement, au plus fort de l'hiver, Mme C... ne couche jamais avec une couverture, un drap lui suffit et c'est encore trop, elle change de place constamment pour trouver les parties fraîches et cependant la température n'a jamais dépassé 37°.

En même temps que les palpitations, la dyspnée, l'œdème

des membres inférieurs, les troubles de caractère et la sensation permanente de chaleur apparurent d'autres phénomènes qui depuis lors ne se sont guère modifiés : d'abord une diarrhée qu'aucun médicament ne peut enrayer et qui, tout en étant permanente, présente parfois des recrudescences de 8 à 10 joursde durée, puis des fringales et des « caprices d'estomac » tels que Mme C... n'a plus de repas réguliers.

Elle a de temps à autre de véritables crises d'appétit vorace, le plus souvent au milieu de la journée, quelquefois mêmeau milieu dela nuit. Le goût est perverti, elle mange les aliments les plus grossiers, les plus mal préparés, sans éprouver jamais aucun trouble gastrique. La diarrhée, en tous cas, est indépendante du mode d'alimentation. Les sueurs sont très abondantes ; la peau est toujours moite et, malgré le froid réel qui en résulte du fait de l'évaporation, la sensation subjective de chaleur est permanente.

De temps en temps surviennent des accès de fièvre durant 24 ou 48 heures, sans localisations morbides et sans cause connue. La malade qui connaît bien cette fièvre ne s'en préoccupe jamais et l'appelle *sa fièvre nerveuse ;* ce en quoi elle se se trompe pas.

Le pouls est toujours à 120-130, quelquefois davantage, sa fréquence est proportionnée à la dyspnée.

Tous ces phénomènes survenus à 25 ans dans un laps de temps très court ne se sont pas sensiblement accrus depuis l'époque de l'apparition. La description de leur état à l'origine vaut encore pour leur état actuel. Aucune complication grave ne s'est produite par leur fait depuis 8 ans. En 1886, Mme C... a une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée ; le diagnostic est resté obscur pendant une douzaine dejours ; la fréquence du pouls, la fièvre, la diarrhée étaient des symptômes tellement habituels que l'hypothèse de la dothié-

nenthérie n'avait pas été soulevée. L'apparition des taches, l'hypertrophie de la rate, la longue durée de la fièvre levèrent les doutes. A la suite de cette fièvre typhoïde, Mme C... eut une petite crise d'asystolie qui disparut à mesure que la convalescence s'accentua.

Aujourd'hui, 15 mars, Mme C... est dans le même état qu'avant l'apparition de sa fièvre typhoïde.

Cette observation nous paraît on ne peut plus concluante, étant donné l'âge de la malade au moment de l'apparition de son goître, qui est resté stationnaire pendant quinze ans.

avait observation 58 ans.
goitre fut a[illegible] ans. 28 -
[illegible] 38 -

Observation II

Goître ancien se compliquant d'exophthalmie (chez une vieille femme) avec tremblement, battement des artères, etc.

La nommée Brunet, Madeleine, ménagère, âgée de 58 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 18 novembre 1890, salle Lorain, n° 10, service de M. Brissaud.

Le père de la malade est mort d'une fluxion de poitrine.

La mère est morte phtisique à 30 ans.

Etant jeune, la malade avait souvent des migraines, des douleurs passagères, cependant sa santé a été bonne jusqu'à l'âge de 28 ans.

Pas de maladies antérieures. A cette époque (c'était au moment où elle avait ses règles), elle eut une vive contrariété, avec crise de nerfs violente, larmes, etc. En même temps sensation à la gorge d'une boule qui n'était guère grosse au dire de la malade. Les jours suivants la tumeur du cou grossissait peu à peu, surtout au niveau du lobe droit du corps thyroïde. Cette tumeur a évolué très lentement, ce n'est guère que depuis 2 ou 3 ans qu'elle a acquis le volume que nous lui voyons aujourd'hui. S'il faut en croire la ma-

lade, le volume de sa tumeur thyroïdienne serait sujet à des oscillations d'un jour à l'autre. Il y a à peu près 20 ans, elle eut de fortes palpitations de cœur, surtout à la suite de mouvements un peu pénibles ou d'efforts violents. Ces palpitations ne durèrent guère que 2 ou 3 mois et n'ont pas reparu depuis.

Il y a 6 mois environ un tremblement très notable s'est manifesté, tremblement qui n'est ressenti que lorsqu'elle est arrêtée ou occupée debout, assise ou couchée. Lorsqu'elle marche elle n'est nullement gênée ; elle peut même encore exécuter quelques travaux d'aiguille; mais depuis quelque temps elle éprouve une grande faiblesse. Il lui est impossible de faire son métier de ménagère comme elle le faisait autrefois. Les forces lui manquent. Depuis 5 mois elle a souvent la nuit des sueurs profuses.

Examen de la malade. — Exophthalmie légère, mais les yeux sont brillants. L'œil gauche est plus petit que le droit. Pas d'autre asymétrie faciale. La tumeur du cou est à peu près du volume d'une mandarine, elle est composée de deux parties assez bien distinctes, se continuant bien l'une avec l'autre, différenciées seulement par une inégalité de relief. La partie gauche est exactement médiane et dépasse à droite et à gauche de deux centimètres à peu près cette même ligne médiane. Sa forme est sphérique, la partie droite ovalaire est plus petite et fait moins de relief.

Le cœur est impulsif, rapide, 120 battements par minute. Pas de bruits morbides.

Le tremblement est rapide et très manifeste aux mains, les oscillations sont peu étendues ; tout le membre supérieur tremble, les doigts ne semblent pas trembler dans leurs articulations propres.

Lorsque la malade est assise ou couchée, ses jambes ne tremblent pas, c'est le contraire qui a lieu dès qu'elle se tient debout.

6 décembre 1890. — La malade a demandé à sortir de l'hôpital. Son état est à peu près le même qu'à son entrée.

Nous avons bien regretté de ne pouvoir observer plus longtemps cette malade qui, suivant nous, réunissait les conditions favorables à notre thèse. En effet, nous le voyons à des intervalles assez espacés acquérir successivement la triade symptomatique. Le goître ouvre la marche, il y a de cela 30 ans, et met 2 ou 3 ans à évoluer. Dix ans après surviennent de fortes palpitations de cœur, et enfin le tremblement et l'exophthalmie sont apparus depuis six mois environ, sans qu'aucun phénomène morbide puisse en expliquer la cause, si ce n'est son ancien goître.

L'hérédité, à laquelle M. Déjerine fait une large place, et avec raison, croyons-nous, fait totalement défaut dans le cas présent. Etant jeune, il est vrai, la malade avait souvent des migraines, mais en somme elle a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 28 ans, époque à laquelle elle a vu apparaître son goître. Comment donc expliquer le fait clinique que nous relatons en dehors de son ancien goître ?

Son âge surtout plaide en faveur de notre cause, puisqu'il est à peu près admis que le maximum de fréquence ne dépasse pas la ménopause, c'est-à-dire 40 ou 45 ans, et que notre malade a dépassé 58 ans.

Observation III

Goître volumineux datant de vingt-cinq ans et se compliquant au bout de ce temps d'un tremblement permanent à oscillations très rapides, semblable au tremblement de la maladie de Basedow.

Pas d'exophthalmie. Tachycardie transitoire.

Le nommé For..., âgé de 63 ans, charpentier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 6 février 1891, dans le service de M. Gingeot, salle Marjolin, n° 6.

Le malade ne peut donner aucun renseignement positif sur sa famille, si ce n'est qu'il a une sœur encore vivante et bien portante âgée de 70 ans. Il n'a jamais eu de maladie grave. Jamais d'accident nerveux d'aucune sorte. Pas de syphilis. Il y a une quinzaine d'années, fracture de la clavicule gauche qui a guéri sans laisser de traces.

Le malade est originaire du Puy-de-Dôme ; il n'est pas d'une famille de goîtreux, il exerce à Paris depuis très longtemps le métier de charpentier.

Il y a vingt-cinq ans environ, il a remarqué que son cou augmentait de volume du côté droit. Depuis cette époque, la tumeur qu'il porte actuellement s'est développée lentement

et sans jamais provoquer de douleurs, mais d'une façon continue.

Depuis 2 ans, principalement, sa voix s'est altérée et l'oppression est apparue. Le décubitus dorsal provoque aussitôt la dyspnée et la toux, et le malade est obligé de se coucher la tête haute en s'inclinant un peu vers le côté gauche. Depuis la même époque, sont survenues de grandes crises d'oppression qui le forcent à s'asseoir sur son lit pendant la nuit ; des quintes de toux prolongées, enfin de violentes palpitations se produisant pendant la marche.

Il y a huit mois environ, les jambes ont commencé à enfler, et cet œdème a persisté jusqu'à aujourd'hui avec un volume variable. Le malade est entré plusieurs fois à l'hôpital où il a été amélioré par la digitale. Depuis 2 mois, à l'œdème des jambes, s'est joint de l'œdème du bras gauche, dont les mouvements, auparavant faciles, sont devenus douloureux. Le malade déclare que son état a empiré depuis quelque temps.

Examen à l'entrée. — Faciès *anxieux*, respiration rapide, pouls petit et tellement accéléré qu'il est impossible de compter le nombre des pulsations.

Il n'y a cependant pas de cyanose du visage, les yeux sont *brillants* mais pas *saillants* : la pupille gauche est manifestement plus étroite que la droite, mais toutes deux réagissent normalement à la lumière. La langue est propre, mais l'haleine est fétide. La région antéro-latérale droite du cou est occupée par une tumeur ovoïde, à grand axe transversal, représentant à peu près le volume du poing, et s'étendant depuis la ligne verticale du pavillon de l'oreille en arrière, jusqu'à la ligne médiane antérieure, qu'elle dépasse un peu vers la gauche.

Elle suit très incomplètement les mouvements du larynx dans la déglutition. La limite inférieure de la tumeur est sentie très nettement au-dessus de la fourchette sternale ; si on cherche à introduire le doigt en arrière de celle-ci, on sent une bande ligamenteuse très résistante, qui semble rattacher la tumeur au bord postérieur du sternum. Sa consistance est ferme, et l'on ne perçoit pas la moindre fluctuation. La peau qui les recouvre est mobile, et n'offre pas de coloration spéciole : mais elle laisse voir de nombreuses veines dilatées. La jugulaire externe gauche, surtout, est très développée et présente des battements beaucoup plus marquées que la droite : il s'agit là, d'ailleurs, de faux pouls veineux. La partie latérale droite du cou est également volumineuse : on sent une tuméfaction profonde au-dessous du sterno-mastoïdien, mais pas de tumeur nettement limitée. La voix est presque éteinte, étranglée (voix goîtreuse).

L'examen laryngoscopique est impossible en raison de la dyspnée.

Rien de particulier à noter du côté du membre supérieur droit, si ce n'est la présence sur la face dorsale de la main de petites taches de purpura, foncées, vineuses, que le malade n'avait même pas remarquées.

Le membre supérieur gauche est le siège d'un œdème considérable qui occupe surtout l'avant-bras. Cet œdème est très dur et non douloureux à la pression.

Les mouvements du coude sont indolores sous l'extension forcée ; mais les mouvements de l'épaule provoquent une vive douleur ; l'élévation est à peu près impossible. On ne sent, d'ailleurs, pas de cordon induré sur le trajet des vaisseaux, ni à l'avant-bras, ni au bras, ni dans l'aisselle. Enfin, le pouls radial est nettement perçu du côté gauche,

seulement avec une légère diminution d'amplitude relative, due certainement à l'état œdémateux du membre. Les artères radiales offrent une rigidité remarquable de leurs parois. Au niveau du grand pectoral gauche, apparaissent des veines sous-cutanées très dilatées et fluctueuses, qui se continuent par-dessus la clavicule avec le réseau superficiel du cou également très développé. On suit les anastomoses de ces veines avec la jugulaire externe et antérieure du même côté. Le réseaux veineux se prolonge en arrière, jusqu'au bord antérieur de l'omoplate gauche.

La région thoracique, en outre de ces veines dilatées, qui tachent de bleu toute sa moitié supérieure gauche, présente au niveau du cartilage de la troisième côte gauche un petit battement très superficiel, sus-jacent à la côte et qui, à la palpation, paraît dû à une artère.

Le thorax dans son ensemble présente un affaissement en hauteur dont rend compte une cyphose à grande courbure occupant la région dorsale du rachis.

Cette voussure est apparue graduellement, et le malade l'attribue aux lourdes charges qu'il était obligé de porter dans son métier.

Il existe une courbure de compensation cervicale, grâce à laquelle la face regarde directement en avant ; les mouvements de latéralité du cou sont très restreints, ainsi que ceux de flexion et d'extension.

La respiration est rapide, haletante, peu profonde, mais elle n'offre aucun rythme spécial à noter. Elle est presque exclusivement diaphragmatique : le malade accuse une sensation de gêne et de pesanteur qu'il localise, non pas au cou, mais à l'épigastre.

L'auscultation des poumons fait entendre des deux côtés,

en arrière, quelques râles ronflants et sibilants disséminés avec des râles plus fins vers les bases.

Dans l'aisselle droite, le timbre de la respiration est un peu soufflant, il y a un léger retentissement de la voix, la toux fait entendre de gros râles sous-crépitants peu nombreux.

La pointe du cœur bat à 3 centimètres en dehors du mamelon et sur la même ligne horizontale ; l'impulsion cardiaque est forte, mais présente des inégalités très notables. Le cœur bat avec une grande rapidité ; on peut compter 130 systoles par minute. On éprouve une grande difficulté à délimiter le volume du cœur par la percussion à cause de l'emphysème : l'oreillette droite paraît dilatée. — L'auscultation révèle seulement une arythmie assez marquée ; on n'entend pas de souffle ; le 1er temps est fortement claqué. Le foie paraît légèrement augmenté de volume, il est douloureux à la pression. — Rien de particulier à noter du côté de l'abdomen ; le malade a la diarrhée depuis quelques jours, il a deux ou trois selles par jour. Les deux membres inférieurs présentent un œdème dur, profond et indolore qui gagne presque la racine des cuisses.

Les réflèxes rotuliens sont *trés exagérés*.

Le malade présente en outre un *tremblement* très particulier des membres supérieurs lorsqu'on lui fait étendre les bras en avant. Il n'a jamais fait d'excès alcoolique, et d'ailleurs ce tremblement n'offre pas les caractères du tremblement éthylique. Il n'existe pas de mouvements isolés des doigts ; mais lorsque les mains sont étendues, on constate qu'elles sont animées de petites oscillations extrêmement rapides et de peu d'étendue. Il est difficile de les compter exactement ; c'est une véritable *vibration* de tout le membre supérieur, mais on peut dire approximativement qu'il y a une dizaine d'oscillations par seconde.

Quand on saisit à pleine main le bras ou l'avant-bras du malade, le tremblement dont le membre est secoué est très nettement perçu. Il n'est bien apparent que dans les mouvements volontaires, dans l'acte d'étendre le bras ou de serrer la main, par exemple ; si l'on fait mettre le malade debout, il est immédiatement pris d'une trépidation rapide qui le secoue des pieds à la tête. Les oscillations ne sont guère plus amples que lorsque le malade était couché. Mais si l'on met la main sur la tête ou sur l'épaule du malade, on sent très bien qu'il vibre pour ainsi dire de tout son corps, les jambes flagellent légèrement et transmettent leurs mouvements au tronc et à la tête. Le malade porte un verre à sa bouche avec la plus grande aisance, sans dévier de son but et sans que son tremblement s'exagère au moment où il va l'atteindre. La marche n'offre rien à noter, si ce n'est qu'elle est très pénible à cause des palpitations et de la dyspnée qu'elle provoque. Le malade raconte que ce tremblement est survenu *depuis six mois environ* ; il augmente surtout par la fatigue, mais il n'a jamais occasionné le moindre inconvénient ni la moindre maladresse.

La température rectale n'atteint pas 38° ; l'appétit est peu développé, pas d'albumine dans l'urine, mais celle-ci est actuellement rare et de couleur foncée.

Rien de particulier à noter chez ce malade au point de vue psychique : son intelligence paraît assez bornée, il est fort peu expansif et réclame seulement avec insistance qu'on le soulage de son oppression.

La sensibilité est intacte sous tous ses modes.

Ordonnance : Régime lacté, digitaline, 1 milligr.

9 février 1891. — Amélioration ; le pouls est tombé à 76, il est bien frappé et ne présente que quelques rares irrégularités. On peut s'assurer qu'il n'y a pas de retard de la pulsation radiale gauche sur celle de droite. L'auscultation ne

révèle aucun bruit anormal, mais seulement quelques faux pas.

La diarrhée persiste (deux ou trois selles par jour), le tremblement est semblable à ce qu'il était le premier jour. Température, 37°.

Pendant tout le reste du mois de février, le malade est dans le même état. L'oppression, sans jamais revenir au degré qu'elle avait atteint le jour de l'entrée, ne disparaît pas. L'œdème du bras gauche persiste, la diarrhée disparaît et le pouls ne monte pas au-delà de 80 à 90, sans jamais offrir une régularité parfaite. L'œdème des membres inférieurs disparaît presque complètement. Quant au *tremblement, il n'a pas cessé un seul jour*, et il s'est toujours montré avec les mêmes caractères, rapidité et peu d'étendue des oscillations. Jamais d'accès de fièvre.

On a fait dans les premiers jours du mois de mars deux injections interstitielles de teinture d'iode dans le goître, de 1 centimètre cube chaque ; pas de résultats appréciable. Ce matin, à la visite, on constate que la congestion pulmonaire a augmenté. Le cœur, qui s'était régularisé sous l'influence du repos et de la digitale, présente de nouveau de l'arythmie ; l'oppression est plus considérable, le visage est anxieux. Les taches de purpura notées sur la face dorsale de la main droite ont disparu ; mais il s'en est formé de nouvelles un peu plus haut, sur la face dorsale du poignet. Toujours pas d'exophthalmie. Le tremblement persiste ni plus ni moins fort que le premier jour et avec le même rythme.

Ordonnance : Infusion de digitale, 0,15 centig.

12 mars. — Le traitement à la digitale n'a produit aucun effet cette fois ; on a eu recours depuis hier aux injections hypodermiques d'une solution de caféine, sans plus de succès. L'arythmie a persisté ; l'oppression et la congestion pulmonaire n'ont fait qu'augmenter.

Ce matin, à la visite, le malade est très anxieux, la dyspnée est considérable, on compte 54 respirations par minute. Le pouls, autant qu'il est possible de le compter, bat 160 fois par minute. La température rectale est de 40°. On constate de la matité et des râles fins dans le tiers inférieur du thorax en arrière et à gauche. Une tache de purpura très foncée et grande comme une pièce de 2 francs est apparue sur la face dorsale de la main droite. L'auscultation du cœur est tout à fait impossible, l'œdème des jambes a augmenté, l'inégalité pupillaire est très marquée.

Le malade meurt dans la soirée.

Autopsie le 14 mars. Après l'incision des téguments qui recouvrent la tumeur tyroïdienne, on constate que celle-ci se compose de deux parties principales, une antéro-latérale droite, allongée transversalement, celle qui apparaissait à la partie antérieure du cou du vivant du malade, et une partie latérale gauche bien distincte de la précédente, ovoïde aussi, mais à grand axe vertical. Cette dernière, plus saillante en arrière, plonge par sa partie inférieure derrière la clavicule gauche, dans une hauteur de 3 à 4 centimètres ; elle était cachée derrière le sterno-mastoïdien du côté gauche, dont l'épaisseur empêchait de la délimiter exactement par la palpation. La tumeur tout entière est recouverte par les aponévroses cervicales superficielle et moyenne très épaissies. Comme on l'avait reconnu du vivant du malade, elle est parfaitement limitée en bas, et son aponévrose fibreuse (aponévrose moyenne) s'attache solidement à la face postérieure du sternum et de la clavicule. — Après avoir détaché cette insertion, on enlève le sternum et les côtes et on voit que l'enveloppe fibreuse du goître se prolonge sans interruption sur le péricarde avec lequel elle ne semble faire qu'un. L'adhérence est tellement solide qu'en attirant en haut la tumeur thyroïdienne, on entraîne le cœur entouré

de son péricarde sans produire la moindre déchirure. — Avant d'enlever la pièce, on s'assure que la trachée n'est pas refoulée par le goître, elle semble fort peu comprimée par les deux parties de la tumeur. Cependant, le lobe gauche qui se porte principalement en arrière, refoule légèrement l'œsophage du cou. En disséquant la région, on reconnaît que le nerf récurrent gauche était manifestement comprimé ; il est entouré d'un tissu fibreux très abondant dont, à grand'peine, on parvient à le séparer.

Un peu au-dessous du point où il s'engage sous le constricteur inférieur du pharynx, le tronc nerveux est tuméfié et parcouru par des vaisseaux gorgés de sang et relativement volumineux. Il offre d'ailleurs dans toute sa longueur une teinte rosée qui contraste avec la couleur blanche, normale, du récurrent droit.

Le nerf pneumogastrique gauche du cou ne semble pas très altéré à l'œil nu, il offre cependant une teinte grisâtre et une forme un peu aplatie, lamelleuse, quand on le compare à celui du côté opposé. Le grand sympathique cervical ne présente pas d'altérations macroscopiques.

Après cet examen, on enlève d'un seul coup la tumeur thyroïdienne recouverte de son manchon fibreux, avec la trachée et l'œsophage, ainsi que le péricarde renfermant le cœur. Alors une dissection attentive permet de séparer l'aponévrose moyenne du péricarde et de mettre tout à fait à nu la tumeur du cou. On découvre ainsi un troisième petit lobe kystique très fluctuant, ayant à peu près le volume et la forme du pouce de la main, qui descend verticalement, appliqué à la face antérieure du péricarde et des gros vaisseaux de la base du cœur. Cette petite poche kystique, nettement isolée du reste de la tumeur à laquelle elle se rattache par un mince pédicule fibreux, passe au devant du tronc veineux, brachio-céphalique gauche qu'elle comprime ;

ce fait explique l'œdème du bras gauche et la circulation collatérale très développée à la racine du membre que l'on avait observé du vivant du malade.

Parallèlement à cette petite tumeur kystique, un peu à sa droite, on voit une sorte de petit appendice d'apparence glandulaire, très longuement pédiculé dans sa partie supérieure, et dont l'extrémité inférieure s'élargit et s'étale comme une feuille. — Ce petit organe sans adhérence aucune était également appliqué par l'aponévrose cervicale moyenne sur la face antérieure du péricarde. L'examen histologique a montré que c'était un débris du thymus, dont la présence d'ailleurs est ici un fait accessoire et sans importance.

L'incision de la tumeur du cou a montré qu'il s'agissait d'un goître ancien ayant subi en grande partie la transformation colloïde. L'enveloppe fibreuse est extrêmement épaisse ; il en part des cloisons qui se subdivisent pour former des aréoles. Dans ces aréoles est logée une substance mucilagineuse, d'un jaune ambré qui, par endroit, est teinte de sang. Dans le lobe droit existe une cavité kystique de la dimension d'un œuf de pigeon à parois très épaisses, remplie d'un liquide jaunâtre. Le contenu de la petite poche kystique qui plongeait derrière le sternum est exclusivement formé par un liquide jaune transparent ; les parois de la poche sont très minces.

L'ouverture du conduit laryngo-trachéal montre que la trachée n'était nullement comprimée et que son calibre était conservé dans toute sa longueur. Le larynx offre à noter les particularités suivantes : la corde vocale gauche est plus mince que la droite, elle est de plus affaissée et se dirige verticalement en bas au lieu de rester horizontale comme du côté opposé. La cavité du ventricule du larynx est beaucoup plus petite à gauche qu'à droite ; enfin il existe sur le bord

libre de la corde vocale gauche, à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs, un petit kyste du volume d'un petit grain de plomb. Les ganglions trachéo-bronchique sont volumineux, infiltrés de pigment noir, très adhérents aux organes du hile du poumon. Le poumon gauche est hépatisé dans son tiers inférieur.

Les autres organes n'offrent rien de bien particulier à signaler. Le cœur présente une coloration feuille morte assez accentuée de son tissu ; pas de lésions valvulaires, athérome aortique; sur le péricarde viscéral quelques plaques laiteuses anciennes, mais pas d'adhérences avec le feuillet pariétal.

Les reins sont légèrement scléreux.

Le foie est simplement congestionné.

Enfin l'encéphale ne présente aucune lésion malgré l'athéromasie notable des artères cérébrales. Le bulbe est sain également, on constate seulement à la surface du 4e ventricule du côté gauche une petite tache ecchymotique sous-épendymaire ; pas de lésions centrales.

Le cerveau pèse 1,520 grammes.

Nous voyons ce malade suivre successivement presque toutes les phases qui compliquent le goître sporadique, et cependant il travaille encore et ne se décide à rester à l'hôpital que lorsque la dyspnée l'y oblige. L'altération de sa voix, la toux, l'œdème des jambes ne l'avaient pas inquiété outre mesure, ses divers passages antérieurs à l'hôpital ayant amélioré sa situation ; mais dès que les phénomènes de tachycardie s'accentuent, il se décide à rester à l'hôpital. Il serait difficile, croyons-nous de ne

pas voir chez ce malade tous les symptômes qui le rendent tributaire de la maladie de Basedow, maladie qui ne s'est développée que depuis quelques mois, alors qu'il était porteur d'un goître volumineux depuis 25 ans. Une chose frappe dans cette observation, comme dans les deux précédentes, c'est qu'on ne trouve ni goîtreux, ni hystérique dans les ascendants. Nous croyons donc, jusqu'à plus ample informé, que ces goîtres exophthalmiques se sont développés sous l'influence de goîtres sporadiques anciens.

VU :
Le président de la thèse,
LABOULBÈNE.

VU .
Le doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le vice-recteur de l'Académie,
GRÉARD.

HENRI JOUVE, imprimeur, 15, rue Racine, Paris.